**Declaració responsable per a les famílies federats menors d’edat**

En/na [Nom i cognoms] amb DNI/NIE [Número] en qualitat de pare, mare o tutor/a de l’esportista menor d’edat [Nom i cognoms];

Declaro responsablement:

1. Que el meu fill/a, durant els darrers 14 dies i en aquest moment:
2. No presenta cap simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
3. No ha estat positiu/iva de Covid-19 ni ha conviscut amb persones que siguin o hagin estat positives.
4. No ha estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de Covid-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.
5. Que procuraré tenir el calendari vacunal del meu fill/a actualitzat.
6. Que prendré la temperatura al meu fill/a abans de sortir de casa per anar a l’activitat esportiva organitzada per la Federació Catalana d’Handbol t i accedir a la instal·lació on aquesta s’hi desenvolupa i que, en el cas que tingui febre o presenti algun dels símptomes compatibles amb la Covid-19, romandrà a casa i no participarà a l’activitat esportiva. Així mateix, informaré del seu estat als responsables de la mateixa activitat.
7. Que he llegit els protocols de prevenció, higiene i seguretat disposats per l’entitat esportiva, i accepto complir responsablement en la seva totalitat les pautes que hi figuren. Accepto, igualment, que en cas d’incompliment d’alguna d’elles pugui ser exclòs/osa de l’activitat i/o de la instal·lació esportiva.
8. Que conec l’obligació d’informar als responsables de l’activitat esportiva de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el nostre entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb els mateixos responsables davant de qualsevol incidència.
9. Que m’encarrego d’aportar la quantitat de mascaretes per al meu fill/a per als dies que duri l’activitat en cas que així ho requereixi l’equip de dirigents.

I, perquè així consti, als efectes de la incorporació del meu fill/a a les activitats organitzades per la Federació Catalana d’Handbol, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades, des del punt de vista mèdic i preventiu, que hi ha en aquesta declaració.

En cas de resultar contagiat/da per la COVID-19, s’exonera expressament a l’entitat esportiva Federació Catalana d’Handbol, de qualsevol responsabilitat que pogués derivar-se de l’aparició de possibles danys o perjudicis de la seva persona.

Signatura

[Localitat], [dia] de [mes] de 2021

**Test d’Antígens previ a l’activitat**

La FCH, assessorada per la seva Comissió Mèdica i les autoritats sanitàries, ha considerat obligatori que totes les esportistes participants en aquesta activitat organitzada per la FCH, es sotmetin a una prova test d’antígens abans de la celebració de la mateixa.

Aquest test serà supervisat pel personal sanitari col·legiat assistent a la jornada, el qual s’encarregarà de certificar els resultats dels tests.

En cas de produir-se algun resultat positiu, els responsables COVID de l’activitat o bé el responsable mèdic, prendran les mesures sanitàries corresponents, tant referents a les jugadores que hagin donat positiu, com per les companyes d’equip si fos el cas. En cap cas la jugadora podrà realitzar l’activitat i tampoc les seves companyes d’equip si han entrenant juntes durant la setmana.

**Autorització Test d’Antígens**

Serà **requisit imprescindible** la presentació de la següent autorització per part dels pares o tutors legals per a participar a l’activitat. És molt important que hi feu constar tant el correu electrònic com el telèfon per tal de poder comunicar-nos amb vosaltres en cas que fos necessari en relació al resultat de la prova realitzada.

En/na [Nom i cognoms] amb DNI/NIE [Número] en qualitat de pare, mare o tutor/a de l’esportista menor d’edat [Nom i cognoms] amb DNI/NIE [Número];

que havent estat informat/ada dels beneficis i riscos, **autoritza expressament la realització del test** **per a la detecció d'antígens del virus SARS-Cov2**, causant de la malaltia Covid-19, previ a la participació de la menor a l’activitat corresponent. Tan mateix dono el meu consentiment perquè les dades personals de la menor siguin enviades a les autoritats sanitàries pertinents i siguin tractades pels Serveis Mèdics de la FCH, en el cas que el resultat sigui positiu.

Correu de contacte: [Mail]

Telèfon de contacte: [Telèfon]

Signatura

[Localitat], [dia] de [mes] de 2021